

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

195846

Déclaration de Maladie : N° P19-0015667

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6327 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : H.ANDANE RACHID

Date de naissance : 28/04/1965

Adresse : 0522919127

Tél. : 0522919127 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Lamiaa TURABI
Omnipraticienne
Lane Louze Rue 13 Gh 2 Etg 2
Casablanca

Date de consultation : 21/01/2024

Nom et prénom du malade : hamda ne Kenza Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Pharyngite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

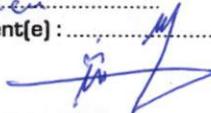
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 21/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/01/2024	CS	150 dh		Dr. Louzeau Omniprofessionnel Dr. Louzeau

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU MARCHÉ Lot. 1 Unité 6 Ouled AZOUZ Casablanca - Tél: 05 22 65 86 08 INPC: 09 210 3811	22 01 2024	408.00

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

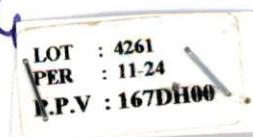
الدكتورة لمياء الترابي Dr Lamiaa TORABI

Lauréate de la faculté de
Médecine de Casablanca
Echographie Générale
Diabétologie
Gynécologie médicale
Médecine esthétique
cupping therapie
certificat permis de conduire



خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء
الفحص بصدى
تبع السكري
تبع الحمل
الطب التجميلي
الجمامة الطبية
الفحص الطبي لرخصة السياقة

Casablanca.le..... 22/01/2024



hamdane kenza

167DH

Neoclav 1g sachet

Vita C1000®

PPV 26DH90 EXP 09/2026
LOT 34031 26

26.90

Vitc 1000 mg CP

SV

PARANTAL® 1g

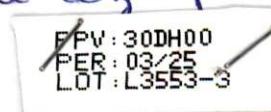
PPV 14DH60
EXP 09/2025
LOT 200315

16.60 Parantal 1g CP

SV

1 CP x 3/2

30°. Prazol 20 mg CP
1cp de matin à gis pdt 1semaine



405. Effipred 20 mg cp

3 cycle matin pdt 3 gr



EFFIPRED® 20 mg

PPU 400H00
EXP 01/2026
LOT 2N015 14

129.50. Nmax tones fl



1 flacon /

108.10

LOT: 230427
PER: 04/2026
PPC: 129,50DH

Dr. Lamia TOORABI
Omnipro renne
Jnane Louzegde 3 Gh 2 Etg 2
Casablanca